UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907 — N° 3

DIAGNOSTIC

DES

UMEURS DU SOURCIL

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 16 Novembre 1906.

PAR

Jean-Joseph-Albert PLANTIER

Né à Cescau (Basses-Pyrénées), le 13 Mars 1880

Examinateurs de la Thèse	MM. BADAL, professeur.........	*Président.*
	MASSE, professeur..........	*Juges*
	LAGRANGE, agrégé	
	CABANNES, agrégé.........	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.



BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56, rue du Hautoir, 56

—

1906

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1906-1907 N° 3

DIAGNOSTIC

DES

TUMEURS DU SOURCIL

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 16 Novembre 1906.

PAR

Jean-Joseph-Albert PLANTIER

Né à Cescau (Basses-Pyrénées), le 13 Mars 1880

Examinateurs de la Thèse	MM. BADAL, professeur.........	*Président.*
	MASSE, professeur..........	*Juges*
	LAGRANGE, agrégé	*Juges*
	CABANNES, agrégé.........	*Juges*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

IMPRIMERIE COMMERCIALE ET INDUSTRIELLE

56, rue du Hautoir, 56

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES........... Doyen. | M. DE NABIAS..... Doyen honoraire.

PROFESSEURS :

MM. MICÉ, DUPUY, FIGUIER ... Professeurs honoraires.

	MM.		MM.
Clinique interne	PICOT. PITRES.	Chimie	BLAREZ.
Clinique externe	DEMONS. LANELONGUE.	Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY (en congé). MONGOUR (chargé).	Pharmacie	DUPOUY.
Thérapeutique	ARNOZAN.	Matière médicale	DE NABIAS.
Médecine opératoire	MASSE.	Médecine expérimentale	FERRE.
Clinique d'accouchements	LEFOUR.	Clinique ophtalmologique	BADAL.
Anatomie pathologique	COYNE.	Clinique des maladies chirurgicales des enfants	DENUCÉ
Anatomie	CANNIEU.	Clinique gynécologique	BOURSIER.
Anatomie générale et histologie	VIAULT.	Clinique médicale des maladies des enfants	MOUSSOUS.
Physiologie	JOLYET.	Chimie biologique	DENIGES.
Hygiène	LAYET.	Physique pharmaceutique	SIGALAS.
Médecine légale	N.	Pathologie exotique	LE DANTEC.
Physique biologique et électricité médicale	BERGONIÉ.		

PROFESSEURS ADJOINTS :

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .... MM. DUBREUILH.
Clinique des maladies des voies urinaires .... POUSSON.
Clinique des maladies du larynx, des oreilles et du nez .... MOURE.
Clinique des maladies mentales .... REGIS.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

SECTION DE MÉDECINE (*Pathologie interne et Médecine légale*).

MM. HOBBS. MONGOUR. CABANNES. | MM. VERGER. ABADIE.

SECTIONS DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe ... MM. CHAVANNAZ. BEGOUIN. VENOT. | Accouchements..... MM. FIEUX. ANDÉRODIAS.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie .... MM. GENTES, CAVALIÉ. | Physiologie .... MM. GAUTRELET | Histoire naturelle..... BEILLE.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Chimie .... M. BENECH. | Pharmacie .... M. BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Pathologie interne .... RONDOT.
Accouchements .... ANDERODIAS.
Physiologie .... GAUTRELET.
Ophtalmologie .... LAGRANGE.
Hydrologie et minéralogie .... BEILLE.

Le Secrétaire de la Faculté : LEMAIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Je dédie ce modeste travail comme faible témoignage de ma reconnaissance et de mon inaltérable affection.

A MES FRÈRES, A MES SOEURS

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES INTIMES

Cantin, Depierris, Dufourcq, Lajus, Salacroup

les Docteurs Dufaur, Jubin, Jauréguiber, Marque

A MONSIEUR LE DOCTEUR CABANNES

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN OCULISTE ADJOINT DES HÔPITAUX

OFFICIER D'ACADÉMIE

A MONSIEUR LE DOCTEUR CANNIEU

PROFESSEUR D'ANATOMIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR FERRÉ

PROFESSEUR DE MÉDECINE EXPÉRIMENTALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

DIRECTEUR DE L'INSTITUT PASTEUR DE BORDEAUX

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR BADAL

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

AVANT PROPOS

Au seuil d'une vie toute nouvelle, nous sommes heureux de l'occasion offerte, pour dire publiquement notre gratitude et notre vive reconnaissance à nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, qui se sont dévoués à notre instruction.

Nous remercierons plus particulièrement MM. les professeurs Cannieu et Ferré pour toutes les marques d'intérêt qu'il nous ont toujours montrées.

MM. les docteurs Davezac et Courtin qui dirigèrent nos premiers pas à l'hôpital.

Nous avons eu la bonne fortune de passer dans les services de MM. les professeurs Demons, Picot, Badal, Moussous, Lefour. Nous n'oublierons jamais les savantes leçons que nous ont données ces maîtres si éminents, et nous serons toujours fier d'avoir été leur élève.

M. le professeur Badal nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous lui adressons le respectueux hommage de notre vive reconnaissance.

S'il ne le savait pas, nous dirions aussi au docteur Ch. Lafon, chef de Clinique d'Ophtalmologie, que nous gardons un impérissable et reconnaissant souvenir du grand dévouement dont il a toujours fait preuve à notre égard : comme interne, il nous avait initié à la médecine par de savantes causeries, au chevet des malades : aujourd'hui, il nous a suggéré l'idée de notre thèse et nous a facilité notre tâche en en dirigeant lui-même l'exécution. Nous lui en exprimons une profonde gratitude et le prions de nous conserver son amitié.

CHAPITRE PREMIER

Introduction

Pendant notre stage à la Clinique Ophtalmologique, nous avons eu l'occasion d'observer une jeune malade, qui présentait une tumeur du sourcil. Cette tumeur avait les signes cliniques d'un kyste sébacé, et ce fut là le diagnostic qui fut porté. L'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un épithélioma. Intéressé par cette question, nous fîmes quelques recherches dans les traités spéciaux d'Ophtalmologie ou de Pathologie externe.

A notre grand étonnement, nous n'y trouvâmes aucun renseignement. Partout les kystes dermoïdes sont décrits avec force détails : par leur fréquence et par leur pathogénie, ils ont attiré à eux toute l'attention, et le nombre des travaux qui leur sont consacrés est considérable. Par contre coup, les auteurs étudient les kystes sébacés que l'on rencontre aussi souvent dans la région.

Les encéphalocèles sont aussi l'objet de longues descriptions, qu'ils doivent surtout à leur pathogénie. A l'occasion du diagnostic différentiel de ces productions, les auteurs pro-

noncent brièvement le nom de quelques autres tumeurs, mais, à peu de chose près, tout se borne à l'étude des kystes dermoïdes et des tératomes cérébraux. Ainsi que nous le verrons, on trouve cependant dans la région sourcilière d'autres productions néoplasiques, mais elles passent le plus souvent inaperçues : c'est sans doute ce qui doit expliquer leur apparente rareté. En effet, quand on extirpe une tumeur qui se présente avec des symptômes à peu près classiques, on se contente, en général, du diagnostic clinique et l'on néglige l'examen anatomique. Mais, si l'on pratique systématiquement l'analyse histologique de tous les cas opérés, on constate que les signes cliniques sont souvent loin de se superposer aux descriptions anatomiques.

En somme, les tumeurs de la région sourcilière sont mal connues ; elles n'ont jamais été l'objet d'une étude spéciale, et on les néglige fort dans les ouvrages didactiques modernes : les opthalmologistes les oublient le plus souvent dans leurs traités, et les chirurgiens généraux s'en remettent volontiers aux spécialistes pour les étudier.

Aussi, sur les conseils du docteur Ch. Lafon, chef de clinique d'Ophtalmologie, avons-nous pris, pour sujet de notre thèse inaugurale, l'étude du diagnostic des tumeurs de la région sourcilière.

Pour traiter ce sujet, plusieurs plans s'offraient à nous : l'un, consistait à diviser les tumeurs du sourcil suivant leur origine : origine mésodermique, c'est-à-dire, tumeurs prenant naissance dans les tissus du feuillet moyen, et tumeurs d'origine ectodermique. Mais, cette division répond surtout à l'étude anatomique des tumeurs, et est peu clinique. Une autre division répondait mieux à nos intentions : c'est la division en tumeurs liquides et solides, bénignes et malignes.

Cependant pour la région qui nous occupe, nous avons pensé qu'un troisième mode de division serait plus clair. Nous étudierons tout d'abord pour les éliminer, les tuméfactions qui peuvent siéger dans la région sourcilière, et qui ne sont pas tumeurs au sens strict du mot ; car, bien entendu, nous pre-

nons le mot tumeur dans son sens moderne, qui est celui de néoplasme. Puis, nous étudierons les signes cliniques des tumeurs superficielles, dont le diagnostic, en général très facile, s'impose. Nous passerons enfin, à l'étude des tumeurs qui siègent dans les plans sous-cutanés et nous insisterons sur leur diagnostic ; car, ce sont surtout celles qui font hésiter le chirurgien.

Mais avant d'aborder l'étude clinique des tumeurs du sourcil, nous avons cru utile de décrire rapidement l'anatomie de la région sourcilière et son embryologie.

CHAPITRE II

Anatomie et embryologie.

La région sourcilière, exclusivement formée par le sourcil, est caractérisée par une saillie du frontal, dirigée horizontalement et située au-dessus de l'orbite. Cette saillie est recouverte de poils qui limitent exactement la région, et forment une arcade, dont la convexité regarde en haut. Ces poils sont destinés à absorber une partie des rayons lumineux et à détourner le cours de la sueur. Chacun des sourcils peut, au point de vue descriptif, se diviser en trois portions assez mal délimitées d'ailleurs.

1° Une extrémité interne, épaisse, arrondie, correspondant à la racine du nez : la tête du sourcil.

2° Une extrémité externe, plus ou moins effilée : la queue du sourcil.

3° Enfin, une portion intermédiaire : le corps du sourcil.

Les têtes des deux sourcils sont généralement séparées l'une de l'autre, sur la ligne médiane, par une surfarce à peu près glabre : la région inter-sourcilière, qui correspond à la racine du nez et qui mesure, suivant les sujets, de 10 à 20 millimètres ; quelquefois cependant, les deux sourcils se réunissent sur la ligne médiane et donnent à la physionomie un certain caractère de dureté.

Les sourcils se composent de cinq couches régulièrement superposées qui sont, en allant des parties superficielles vers les parties profondes.

1° La peau.

2° Une couche de tissu cellulaire.

3° Une couche musculaire.

4° Une deuxième couche de tissu cellulaire.

5° Le périoste.

1° La *peau* est recouverte de poils de couleur variable, comme celle des cheveux. Implantés perpendiculairement au niveau de la tête du sourcil, ces poils sont obliques dans le reste de la région.

Par sa face profonde, la peau est très adhérente ; elle adhère cependant plus en dehors qu'en dedans, à cause de l'insertion qu'elle fournit en ce point au muscle sourcilier. De cette adhérence, il résulte que la dissection de la peau du sourcil est difficile, que le tégument ne glisse qu'en entraînant avec lui les parties sous-jacentes. Une autre conséquence concerne les plaies. Comme celles du cuir chevelu, les plaies limitées à la peau du sourcil n'ont aucune tendance à l'écartement des bords, en sorte que la suture n'y est pas nécessaire, surtout si la plaie est contuse. Toute incision pratiquée sur le sourcil devra être parallèle à sa direction, afin que la cicatrice se perde dans les poils. La peau renferme un grand nombre de glandes sébacées, qui peuvent être le point de départ de kystes analogues à ceux qu'on observe dans diverses régions du corps : kystes qu'il faut bien distinguer des kystes dermoïdes des sourcils ;

2° *Couche cellulo-graisseuse sous-cutanée* : contenant peu de graisse, constituée par des travées conjonctives plus ou moins denses, émanant des sourcils et venant s'implanter, d'autre part, à la face profonde du derme ;

3° La *couche musculaire* très épaisse, est formée de trois muscles, dont deux superficiels et un profond. Les deux premiers, l'orbiculaire des paupières et le frontal, offrant une direction inverse, s'entre-croisent l'un avec l'autre. Le troisième,

le sourcilier les traverse d'arrière en avant pour aller s'insérer à la peau. Il en résulte, que le plan musculaire forme un lascis serré, dense et à peu près inextricable ;

4° *La couche celluleuse sous-musculaire* est composée d'un tissu conjonctif lâche, permettant aux sourcils un glissement facile sur la couche sous-jacente ;

5° Le *périoste* adhère intimement à l'os frontal. Il se continue avec le périoste de l'orbite, avec l'aponévrose orbitaire et avec le ligament large des paupières.

Le squelette de la région est formé par le frontal qui offre à ce niveau un écartement de ces deux tables ou sinus frontal.

Généralement au nombre de deux, un droit et l'autre gauche, les sinus frontaux sont séparés par une cloison médiane, souvent incomplète. Mais anormalement, on a observé trois ou quatre cloisons constituant ainsi trois ou quatre sinus.

Les dimensions et la capacité des sinus frontaux sont très variables ; leur forme assez irrégulière, permet cependant de leur décrire une paroi antérieure ou frontale, une paroi postérieure ou cranienne, et une paroi inférieure ou orbitaire. Chaque sinus va s'ouvrir, en bas, dans l'infundibulum de l'ethmoïde par un canal creusé dans les cellules antérieures de cet os, canal que Poirier appelle canal frontal ou fronto-nasal.

Les sinus frontaux résultent d'un envahissement du frontal par les cellules ethmoïdales antérieures, lesquelles poussent un véritable bourgeon, qui va peu à peu occuper la portion inférieure du frontal ; ils apparaissent vers la fin de la deuxième année.

En arrière du frontal, se trouvent les trois méninges, dure-mère, arachnoïde, pie-mère, séparant les circonvolutions frontales de la paroi osseuse.

La région sourcilière est irriguée par des artères provenant de deux sources principales : la sous-orbitaire, branche de l'ophtalmique, et la temporale superficielle, branche de la carotide externe.

Les veines se divisent en deux groupes : Un groupe interne,

qui se dirige vers la racine du nez et qui se jette, soit dans la veine sus-orbitaire, soit dans la veine angulaire; un groupe externe qui se porte en dehors et aboutit à la veine temporale superficielle, après avoir longé l'arcade zygomatique.

Les vaisseaux lymphatiques aboutissent, ceux de la tête du sourcil aux ganglions sous-maxillaires, ceux de la queue, aux ganglions parotidiens.

Les nerfs de la région sourcilière sont de deux ordres : sensitifs et moteurs. Les rameaux sensitifs sont fournis par le frontal interne et externe, branches de l'ophtalmique; les rameaux moteurs, destinés aux muscles, émanent du facial.

L'étude du développement de la région embryonnaire a été l'objet de très nombreux travaux que nous allons résumer. Pendant les premiers mois de la vie intra-utérine, la face et la région antéro-latérale du cou sont formées par quatre bourgeons latéraux pairs, qui, partis des côtés de la notocorde, convergent et se réunissent avec les quatre bourgeons symétriques opposés. Ces bourgeons forment les arcs branchiaux, que séparent des fentes, que l'on appelle fentes branchiales.

Le premier arc branchial nous intéresse seul. Son extrémité libre ou antérieure se divise en deux bourgeons : le bourgeon maxillaire supérieur, et le bourgeon maxillaire inférieur. Ce dernier s'unit rapidement à celui du côté opposé, et forme la mâchoire inférieure. Au contraire, le bourgeon maxillaire supérieur ne s'unit pas à celui du côté opposé, car, entre'eux-deux, vient s'interposer le processus frontal. Le bord supérieur du bourgeon maxillaire est en rapport avec l'ébauche de l'œil contenu dans une fente appelée *fente fronto-maxillaire* ; cette fente et l'œil qu'elle contient séparent le bourgeon frontal situé en haut, du bourgeon maxillaire supérieur situé au-dessous.

Supposons maintenant qu'il survienne, pour des raisons que nous n'avons pas à discuter ici, un arrêt de développement dans l'évolution des bourgeons qui limitent cette fente ; si la fusion au lieu de se faire jusqu'au fond de la scissure, n'a lieu que sur les bords, il en résultera que le repli ectodermique qui tapisse les lèvres de cette fente formera une petite poche ;

cette poche restera incluse dans les tissus, aux points où la soudure n'a pu se faire. En un mot, il se formera un kyste dont les parois présenteront la même structure anatomique que la peau.

CHAPITRE III

Diagnostic différentiel des tumeurs du sourcil.

Nous pensons qu'il est absolument inutile d'insister sur le diagnostic différentiel des furoncles, abcès pilo-sébacés et autres productions aiguës, qui peuvent se développer dans la peau du sourcil. Leurs caractères cliniques suffisent à les différencier, sans qu'il puisse y avoir d'hésitations.

Dans quelques cas, on peut observer des abcès profonds dont le pus collecté tarde à s'évacuer ; la disparition des phénomènes inflammatoires pourrait les faire prendre, à premier abord, pour des kystes. Mais leur fluctuation est plus manifeste et plus large ; ils sont toujours entourés par un empâtement et ils sont douloureux à la pression ; enfin, leur développement rapide et les renseignements qu'on peut obtenir sur les phénomènes qui ont précédé, permettent de ne pas les confondre avec les tumeurs.

On observe encore des abcès ossifluents développés le plus souvent aux dépens du rebord orbitaire et qui ne s'accompagnent guère de phénomènes aigus ; ils s'accompagnent toujours d'un empâtement profond et l'on trouve à leur base un bourrelet ostéo-périostique.

Si, par extraordinaire, on hésitait sur la nature véritable de ces collections purulentes, une ponction exploratrice, faite avec une seringue de Pravaz, permettrait de lever tous les doutes.

On peut observer dans la région sourcilière des gommes syphilitiques qui pourraient faire hésiter le diagnostic. En effet, les phénomènes inflammatoires sont quelquefois très minimes. La rapidité de leur formation, l'empâtement diffus, auquel fait suite une fluctuation très nette, et la connaissance de l'infection causale mettront sur la voie. S'il existait un doute dans l'esprit du médecin, l'action rapide du traitement spécifique lèverait toutes les hésitations.

Nous avons vu, en étudiant l'anatomie de la région sourcilière, que la partie interne de cette région recouvrait le sinus frontal. Qu'il s'agisse d'affections inflammatoires de ces cavités (empyèmes), d'hydropisie enkystée ou de tumeurs, nous n'aurons à en faire le diagnostic différentiel avec les tumeurs du sourcil, que lorsqu'elles provoquent une déformation de la région. Après une première période, où elles ne se révèlent que par des douleurs sourdes et gravatives surtout, les affections du sinus frontal provoquent une dilatation de la cavité intéressée, qui ne tarde pas à être cliniquement appréciable.

Cette déformation présente en général un aspect très caractéristique. La tuméfaction, au lieu de se développer au niveau de la tête du sourcil siège au-dessous, dans l'angle interne et supérieur de l'orbite. La palpation permet de constater que le squelette tout entier est soulevé au-dessous des téguments; en outre, les symptômes fonctionnels, l'exploration diaphanoscopique, le cathétérisme ou la ponction exploratrice, ne permettent pas au diagnostic de s'égarer. Plus tard, la paroi antérieure du sinus s'effondre et se résorbe; on perçoit alors nettement de la fluctuation, mais à ce moment aussi les commémoratifs, la déformation et les divers signes fournis par l'exploration physique empêchent les erreurs.

Il ne faut pas cependant oublier que, chez certains sujets, il existe un sinus frontal se prolongeant anormalement vers la queue du sourcil. Il peut surtout y avoir des cellules isolées qui peuvent devenir séparément le siège de déformations morbides. Ici encore on pourra rapporter la tuméfaction du

sourcil à sa véritable cause en étudiant attentivement les symptômes physiques et fonctionnels.

Nous ne parlerons pas ici des vices de conformation qui peuvent succéder à une plaie accidentelle. Nous verrons plus loin que les traumatismes de la région peuvent produire de véritables tumeurs fibreuses. La contusion simple peut provoquer un hématome de la région. Mais l'aspect clinique, la formation rapide et surtout les commémoratifs mettront sur la voie du diagnostic. Nous verrons dans les chapitres suivants que ces hématomes peuvent s'enkyster.

Les tumeurs secondaires de la région sourcilière sont de deux sortes bien distinctes. Les unes ne sont que la propagation de tumeurs superficielles de la peau (épithélioma) et il n'est pas nécessaire de les étudier à part.

Au contraire, d'autres peuvent se trouver dans les plans profonds; mais ce sont là des faits absolument exceptionnels; les tumeurs nées dans les paupières, dans la glande lacrymale orbitaire et dans l'orbite, n'ont guère de tendances à gagner la région sourcilière.

CHAPITRE IV

Tumeurs superficielles.

Les tumeurs superficielles de la région sourcilière sont, en général, d'un diagnostic très simple et, c'est pour cette raison, que nous les avons séparées de celles que l'on observe dans les plans sous-cutanés.

Tout d'abord, il est une catégorie qui, par leur aspect spécial, sont d'une connaissance facile : ce sont les tumeurs vasculaires.

Ces tumeurs sont congénitales : elles peuvent être limitées exactement à une partie du sourcil, ou s'étendre sur les parties voisines; elles gardent toujours les mêmes formes, ou augmentent de volume avec l'âge. Elles ne se manifestent, d'ordinaire, que par des signes locaux, n'exercent aucune influence sur l'état général et sont indolentes; cependant Trélat a observé quelques angiomes à douleurs irradiées.

On peut observer tous les intermédiaires depuis la simple tache jusqu'à la tumeur. Les taches érectiles ont une coloration des plus variables et peuvent offrir toutes les nuances entre le rouge vif et la lie de vin ; c'est dans ce dernier cas que l'on prononce à tort le nom de tache érectile veineuse.

Les tumeurs érectiles peuvent être cutanées ou sous-cutanées ; nous étudierons ces dernières dans le chapitre suivant.

Les angiomes cutanés font plus ou moins relief à la surface de la peau ; leur saillie circonscrite, jointe à leur couleur, les a fait comparer à divers fruits ; leur consistance est molle,

dépressible. Réductibles par la pression, ils se gonflent dès qu'on a enlevé le doigt et deviennent turgescents sous l'influence des cris et des efforts. Dans certains cas, on perçoit des battements isochrones à ceux du pouls ; on peut même sentir, au palper et à l'auscultation, un frémissement continu avec renforcement, mais alors la tumeur a subi la transformation cirsoïde, ce qui est une complication sérieuse, heureusement rare.

A côté de ces tumeurs vasculaires, on observe parfois des taches pigmentaires congénitales, que l'on confond avec les précédentes sous le nom de *nœvi* ou d'*envies*. Nous réserverons à ces formations le nom de « nœvi pigmentaires ». Ils peuvent se présenter sous l'aspect de simples taches ou de petites tumeurs saillantes. Quand ils existent dans des régions glabres, on observe parfois, à leur surface, des poils soyeux. Au niveau du sourcil, ces poils disparaissent au milieu de ceux qui ornent normalement la région.

Il est assez fréquent d'observer dans la région du sourcil des épithéliomas cutanés ; cette grave tumeur prend en général naissance au niveau des bulbes pileux ou des glandes cutanées. Ils s'ulcèrent rapidement et se propagent, soit vers l'orbite, soit vers les régions temporale ou frontale. L'ulcération est en général peu profonde, sanieuse, bosselée et inégale. Les bords sont surélevés, irréguliers, et se continuent avec la peau infiltrée par le néoplasme. L'ulcération repose sur une base indurée et empatée. La tumeur peut être le siège de douleurs térébrantes. Les ganglions lymphatiques de la région sont envahis très tardivement ; il ne faut pas prendre, en effet, une tuméfaction due à l'infection secondaire pour une infiltration néoplasique.

Avec lenteur, la tumeur gagne de proche en proche en détruisant les parties molles. Il est exceptionnel d'observer des métastases. Nous pensons qu'il est inutile d'insister sur le diagnostic positif de cette catégorie de tumeurs ; l'âge avancé des malades, l'évolution du mal et les signes physiques ne permettent pas de se tromper, et de les confondre avec des abcès ou des gommes ulcérées.

CHAPITRE V

Tumeurs bénignes des plans sous-cutanés.

Pour les tumeurs sous-cutanées de la région sourcilière, nous adopterons la vieille classification en tumeurs bénignes et malignes.

A) *Tumeurs vasculaires.*

Les *tumeurs érectiles* des plans sous-cutanés ont pour caractère essentiel de laisser à la peau sa structure et sa coloration normale. On voit sous les téguments une petite masse molle incomplètement réductible, donnant parfois la sensation de varicocèle. Elles augmentent de consistance et de volume au moment des efforts et l'on perçoit parfois des battements isochrones aux pulsations artérielles. Ces caractères suffisent à les différencier des autres productions; cependant, rappelons que Richet a observé un cas de kyste dermoïde qui présentait des mouvements pulsatils; ces mouvements lui étaient imprimés par une artère volumineuse.

OBSERVATION I

Marjolin. — *Bull. Soc. de chirurgie de Paris* (1863).

Une tumeur molle au niveau de la région sourcilière droite

M. Marjolin présente à la Société un petit garçon âgé de deux ans et demi, qui porte depuis sa naissance, au niveau de la région sourcilière droite, une tumeur molle, inégale, du volume environ de la moitié d'un petit œuf de poule. Toute la paupière supérieure fait partie de la tumeur, qui s'étend depuis l'angle externe de l'œil, jusque vers la racine du nez. La peau n'est ni rouge ni animée seulement le système veineux paraît un peu développé. L'œil n'est pas chassé de l'orbite, mais la paupière supérieure le recouvre presque complètement. L'arcade sourcilière est intacte. Il est très difficile de dire d'une manière précise, si la tumeur plonge dans l'orbite. Un peu au-dessus du sourcil droit, il y a, en outre, une autre tumeur oblongue, inégale, formant un cordon noueux, de consistance variable; cette tumeur qui est aussi congénitale, occupe en grande partie la région fronto-pariétale droite; elle a onze centimètres de longueur, tandis que la précédente n'en mesure que sept. Lorsqu'on cherche à la déprimer avec le doigt, on arrive sur les os du crâne, qui ne présentent aucune continuité, mais des parties inégales. Pas de battements dans la tumeur, qui est irréductible. Lorsque l'enfant crie, ou lorsque l'on incline un peu la tête en bas, le volume de la tumeur augmente sensiblement et sa coloration change; elle devient d'un rouge bleuâtre. Jusqu'à ce moment, il n'y a eu aucun accident; pas de convulsions; la santé générale de l'enfant est très bonne, seulement depuis trois semaines, le volume de la tumeur a augmenté. La mère a eu cinq enfants qui se portent très bien et ne présentent aucune trace de nœvus; elle n'a perdu qu'un enfant à huit mois.

D'après ce qui vient d'être énoncé, M. Marjolin est porté à croire qu'il s'agit d'une tumeur veineuse. Seulement, il a des doutes sur son point de départ primitif, et il ne serait pas éloigné de croire qu'elle a des connexions intimes avec les os du crâne.

Ces angiomes peuvent s'enkyster et devenir caverneux. Les battements disparaissent alors le plus souvent ainsi que les caractères érectiles : le diagnostic devient alors fort difficile. C'est ainsi que dans l'observation que nous reproduisons ci-dessous on avait tout d'abord pensé à une tumeur solide.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance du D[r] Rocher)

Angio-fibrome caverneux du sourcil.

Pierre C..., 52 ans, ouvrier boulanger, a toujours joui d'une excellente santé. Sa femme est morte à l'âge de 32 ans de tuberculose pulmonaire. Trois enfants sont également morts de tuberculose : deux autres sont actuellement en assez bonne santé. Les parents de notre malade sont morts subitement à un âge assez avancé. Nous ne retrouvons aucun antécédent néoplasique dans son histoire. Nous avons attiré son attention sur l'existence possible dans le jeune âge de tumeurs angiomateuses : il nous a répondu par la négative. Jamais en aucun moment, il n'a eu d'angiomes, soit au niveau de la tête, soit en un autre point du corps.

Histoire de l'affection. — En 1874, il reçut au-dessus de l'œil gauche, un violent coup de tête de cheval : perte immédiate de connaissance qui dura deux à trois heures. En reprenant ses sens; il ressentit une très violente douleur dans la région frontale gauche et constata une énorme bosse sanguine au niveau de la région sourcilière des deux côtés. Autour d'elle et notamment dans toute l'éten-

due de la partie gauche du visage, se développa une large ecchymose qui, infiltrant pendant quelques jours les paupières, l'empêcha d'y voir de l'œil gauche. On appliqua successivement de la glace, des compresses médicamenteuses, un bandage serré. La résorption de l'épanchement sanguin nécessita un mois.

Au bout de ce temps, il constata, au bout de la tête du sourcil, une petite tumeur de la forme et du volume d'un pois, et qui insensiblement, mais très lentement, augmenta pour atteindre le volume d'une noisette, qu'elle possède actuellement. Le malade nous fait remarquer qu'à certains moments la petite tumeur, sans cause évidente, augmentait un peu de volume pour revenir à ses dimensions actuelles. De plus, par moments, la tumeur était dure, étendue, tandis qu'à d'autres, elle était mollasse et comme « dégonflée », suivant la propre expression du malade : « il n'y comprenait rien ».

Cette tumeur traduisait sa présence pour le malade, par une sensation de gêne, de poids sur la paupière supérieure, comme si « un petit caillou pendait sur son œil » ; et cette sensation était surtout accusée lorsque, fatigué, il n'avait point dormi d'une nuit. Par moments, la vue du côté gauche était obscurcie ; le malade avait la sensation d'un brouillard ou d'un léger voile au-devant de l'œil, sensation qui pouvait persister jusqu'à vingt-quatre heures.

Il y a un an, la tumeur grossit un peu plus rapidement qu'elle ne l'avait fait jusque-là. La gêne de la vision, la sensation de poids au niveau de la paupière supérieure devint plus marquée par moments : il semblait au malade que la tumeur « tombait au-devant de l'œil » et, instinctivement, il s'empressait de la soulever avec ses doigts.

Ayant l'occasion de soigner ce malade dans les premiers jours d'août, au service de massothérapie auquel il venait pour une fracture de l'extrémité inférieure du radius droit, nous fûmes amenés à l'examiner et à lui demander dans quelles conditions s'était développée cette tumeur. Le malade nous ayant demandé si aucun danger ne pourrait survenir dans le cas où il voudrait se la faire enlever, nous lui conseillons l'extirpation, étant donnée la bénignité actuelle de la tumeur. Notre diagnostic était à ce moment : kyste dermoïde de la tête du sourcil.

Le 10 août 1906, le malade se rend à l'hôpital pour se faire opérer.

A l'examen, on trouve, dans la région de la tête du sourcil gauche, une saillie hémisphérique, dont le revêtement cutané est indemne de toute altération (rougeur, œdème, ou circulation veineuse collatérale).

Nous reconnaissons qu'elle est due à l'existence d'une tumeur arrondie, à surface lisse, du volume d'une petite cerise, indolore à la pression, adhérente par son sommet à la face profonde de la peau, mobilisable dans une petite étendue sur l'os frontal.

Elle n'empiète pas sur la cavité orbitaire, mais abaisse légèrement le sourcil, tout en le refoulant au-devant d'elle. La présence de cette tumeur n'occasionne aucune gêne dans le mouvement des paupières, mais s'accompagne assez souvent de sensations de lourdeur au niveau de la paupière supérieure et de brouillard dans la vision comme nous l'avons déjà signalé plus haut. Aucune douleur névralgique et les ganglions tributaires de cette région ne sont pas tuméfiés. On ne perçoit aucun bruit, aucun battement; le malade n'entend pas de frémissements; la tumeur présente de la résistance plutôt que de la fluctuation véritable. Le plan osseux ne porte aucune déhiscence ou autres lésions.

La région est anesthésiée par des injections sous-cutanées à la cocaïne à 1 0/0. Incision rectiligne transversale passant à un centimètre au-dessus du sourcil dans un pli du front, partant de la tête du sourcil, pour se continuer sur une étendue de trois centimètres. Les deux lèvres de la peau sont disséquées; on trouve à la surface de la tumeur une légère adhérence, sans qu'il y ait pour cela de fusion véritable entre elle et la face profonde de la peau. Dans le cours de la dissection de la tumeur, nous constatons: qu'il n'existe pas de plan de clivage entre les tissus adjacents et la tumeur; que celle-ci, cependant, est bien délimitée, et présente une coloration bleu foncée analogue à celle de la paroi de certaines grosses veines. De plus, pour la disséquer, nous sommes obligés de sectionner, dans sa moitié externe, le muscle orbiculaire, et il n'est point douteux que la tumeur y soit incluse; les adhérences nombreuses qu'elle présente avec lui, son englobement, — car la surface de la tumeur est recouverte de quelques fibres de l'orbiculaire qui semblent avoir été étalées — prouvent bien que cette production ne s'est point

développée ni dans la peau, ni dans le tissu cellulaire sous-cutané; mais plus profondément, soit entre le muscle et l'os frontal, soit, comme nous le croyons, dans le tissu musculaire. La dissection de ces tumeurs détermine, dans cette région, une notable exsudation sanguine, qui nécessite l'application de quatre ligaments au catgut sur les principaux vaisseaux sectionnés. L'hémostase achevée, on constate que, profondément, le périoste et l'os sont indemnes de toute lésion.

Les lèvres cutanées sont réunies au crin de cheval; un petit drain est placé dans la plaie. — Pansement.

Les suites opératoires furent normales; à noter, après l'intervention, une ecchymose assez étendue de la région interne de l'œil, due à l'infiltration sanguine de la plaie; réunion par première intention au bout de huit jours. Guérison.

Examen macroscopique. — La tumeur est très uniformément ronde et encapsulée par une membrane conjonctive très peu épaisse. Son ablation s'est faite complètement sans intéresser la paroi; à sa partie externe, on trouve des lambeaux de fibres musculaires encore adhérents. Sa coloration est, comme nous l'avons dit, bleu foncé; sa consistance est ferme et homogène; elle donne au doigt la sensation de rénitence. Nous sommes assez surpris, lorsque, en l'incisant, nous voyons s'écouler exclusivement du sang.

Nous avions pensé, comme nous l'avons dit au début de l'observation, à l'existence d'un kyste dermoïde. Notre diagnostic avait été cependant un peu ébranlé, au cours de la dissection de la tumeur, par sa situation un peu profonde et ses rapports avec le muscle. En présence du sang qui s'écoula à l'incision, nous crûmes que nous avions affaire à un hématome. Néanmoins, l'examen attentif de la coupe, au point de vue macroscopique, démontre les particularités suivantes: le tissu de la tumeur présente l'aspect du tissu splénique, il est rouge vineux, de consistance mollasse et parcouru par des travées fibreuses blanchâtres sillonnant en tous sens la tumeur. La pression entre les doigts fait sourdre encore du sang noir, comme si on exprimait une éponge à tissu serré, imbibée de sang.

Examen anatomique. — La tumeur, fixée au formol au 1/10, fut incluse dans la paraffine. M. le Professeur agrégé Sabrazès a bien

voulu examiner nos coupes, dont voici la description: il s'agit d'un angio-fibrome, qui, en bien des points, présente le type caverneux; les ectasies sanguines sont, en général, remplies de globules: les plus petites sont assez régulièrement arrondies; mais, en augmentant de surface, elles deviennent irrégulières, polycycliques ou à contours géographiques; les plus grandes atteignant un demi-millimètre de long. Outre les ectasies sanguines, on trouve des dilatations de vaisseaux lymphatiques, en petit nombre du reste. Les travées conjonctives qui séparent les lacs sanguins sont formées par des faisceaux onduleux, assez denses et très vasculaires; ils contiennent des cellules fusiformes très allongées et vaso-formatives, qui président à l'édification des vaisseaux de l'angiome.

La tumeur ne présente pas de capsule au sens strict du mot; à la périphérie, simplement, les parois conjonctives se soudent pour former une limite continue et assez régulière. Tout autour de la tumeur, on trouve des muscles plus ou moins dissociés, avec des phénomènes de sclérose interstitielle très marquée, au voisinage immédiat de l'angiome.

Aujourd'hui, le 8 novembre, nous avons revu le malade; la cicatrice est à peine perceptible et simule une ride transversale: les téguments glissent facilement sur le plan osseux; on trouve à la palpation une dépression osseuse, dans laquelle s'enfonce légèrement l'extrémité digitale de l'index, et qui est surmontée d'une petite exostose. Cette dépression est située au-dessus de l'arcade sourcilière, en dedans de l'échancrure sus-orbitaire; elle correspond au lit de la tumeur, que nous avons enlevée. Le malade n'a plus de sensation de brouillard ni de lourdeur dans la paupière depuis l'opération; de plus, il trouve que, depuis cette époque, il y voit mieux de l'œil gauche que de l'œil droit. Au-dessus de l'incision, dans la région frontale interne, il éprouve, au contact, des sensations de « peau morte », dues aux troubles sensitifs résultant de la section des filets nerveux de cette région, au cours de l'intervention.

En résumé, il s'agit d'un angiome caverneux, enkysté, développé dans la portion interne du muscle orbiculaire, au niveau de la tête du sourcil; les vaisseaux sectionnés au cours de l'intervention étaient les vaisseaux nourriciers de la tumeur. Les constatations opératoires,

l'examen macroscopique et microscopique, ne peuvent laisser aucun doute, ni sur sa nature, ni sur son lieu d'origine.

Nous relevons deux points intéressants dans cette observation : sa relation très nette, au point de vue étiologique, avec un traumatisme violent — puisque un mois après apparaissait la tumeur — et l'erreur du diagnostic. Il était difficile, cependant, de pouvoir porter un diagnostic exact ; car, cliniquement, il n'existait aucun signe qui put faire écarter celui de kyste dermoïde. En effet, l'apparition de la tumeur à l'âge de vingt ans, sa lente évolution, son indolence, ses caractères objectifs, tout cadrait avec l'idée de kyste congénital. Nous devons cependant avouer que la rapidité de ce diagnostic d'impression, nous avait empêché de recueillir, avant l'intervention, certains signes au sujet des modifications de consistance de la tumeur, qui auraient pu nous faire penser à la possibilité d'une tumeur angiomateuse, bien que ce ne soit pas là un signe qui leur soit exclusivement propre.

Au point de vue pathogénique, nous serions assez enclins, malgré la notion de traumatisme ayant précédé l'apparition de la tumeur, à lui attribuer une origine congénitale, étant donnés la date de son apparition et son siège dans une région, ancienne fissure embryonnaire, où l'on rencontre assez souvent des tumeurs de nature différente (kyste dermoïdes, méningocèles, etc...), mais d'origine identique.

Il peut aussi se développer des tumeurs aux dépens des vaisseaux lymphatiques. Ce sont des kystes séreux, de forme discoïde, fluctuants, mous, irréductibles et dont la pression fait percevoir la lobulisation de la surface et des bords. Une ponction faite à leur niveau ramène un liquide citrin.

Quant à leur constitution, nous croyons volontiers avec M. le docteur Rocher qu'elle est due à une malformation du système lymphatique sur le bord d'une fente branchiale. Leur fréquence doit être très rare, si nous nous en rapportons à la littérature, car nous n'avons pu recueillir qu'une seule observation, due à MM. Rocher et Rabère et que nous reproduisons ici, en la résumant toutefois.

OBSERVATION III *(Résumée)*

Rocher et Rabère. — *Bull. Soc. Anat. et Phys. de Bordeaux* (1904)

Lymphangiome kystique de la queue du sourcil gauche

M. X..., âgée de 10 ans, est en traitement à l'hôpital pour une luxation congénitale des deux hanches.

L'histoire de cette petite malade ne présente pas de particularités très saillantes à noter; antécédents héréditaires sans intérêt. A signaler seulement, à propos des antécédents personnels, qu'un kyste séreux du cou débuta, au dire des parents, il y a dix-huit mois.

Ces jours derniers, accidentellement, nous nous sommes aperçu de l'existence d'un kyste de la queue du sourcil. C'est une malformation lymphangiomateuse, affectant la forme d'une tuméfaction discoïde, de la largeur d'une pièce de deux francs; la pression y fait découvrir sous la peau la lobulisation de la surface et des bords; fluctuation, mollesse, irréductibilité, se rencontrent également à son niveau. La ponction ramène du liquide citrin, d'ailleurs analogue à celui qui est retiré en même temps du gros kyste du cou.

L'aspect de cette tuméfaction, l'examen du liquide après ponction démontrent d'une façon indiscutable qu'il s'agit ici d'un lymphangiome kystique.

Si les kystes séreux du cou sont fréquents et variés dans leur aspect, nous ne croyons pas, par contre, que ceux de la queue du sourcil aient été souvent mentionnés. Dans le cas particulier, c'est à la suite d'examens répétés, et seulement dans ces derniers temps, (nous suivons l'enfant depuis plus de six mois), que nous avons découvert le lymphangiome de la région frontale externe à peine perceptible à un examen rapide. Cette observation nous prouve, une fois de plus, qu'en matière de malformations, la multiplicité existe souvent, soit qu'il s'agisse de malformations homologues, frappant

un même système, osseux, circulatoire, ou autre, soit de malformations hétérologues frappant plusieurs systèmes à la fois. La queue du sourcil étant plutôt le siège de kystes dermoïdes, la présence d'un kyste séreux à ce niveau est difficile à expliquer. Nous penserions volontiers — en nous rappelant que les kystes séreux sont sans nul doute des angiomes lymphatiques — que, pour les constituer, il faut une malformation du système lymphatique sur le bord d'une fente branchiale, de même qu'il faut une malformation identiquement localisée du système sanguin pour donner naissance aux angiomes que Virchow appelle « angiomes fissuraires ».

B) *Kystes congénitaux.*

Sous le nom de kystes congénitaux, nous désignons les kystes dermoïdes. Ces productions sont de beaucoup les plus fréquentes que l'on observe dans la région sourcilière. Cette particularité et les problèmes soulevés par leur origine font que ces tumeurs sont de beaucoup les mieux étudiées et les mieux connues de celles que l'on observe au sourcil. Aussi, nous ne nous étendrons pas longuement. Aujourd'hui, tout le monde est d'accord sur leur pathogénie. On admet qu'ils sont formés par l'inclusion embryonnaire dectodermique, entre les lèvres de la première fente branchiale. Nous avons, du reste, suffisamment expliqué leur mode de formation au chapitre II. Leur siège presque constant est la queue du sourcil ; cependant, on en observe au niveau du corps ou de la tête : tout récemment, M. le professeur agrégé Cabannes nous disait avoir observé deux kystes dermoïdes situés l'un, entre les deux sourcils au-dessus de la racine du nez, et l'autre, dans l'angle supéro-interne de l'orbite ; ces deux tumeurs étaient réunies au périoste, au niveau de la tête du sourcil par un tractus fibreux.

Les kystes dermoïdes sont faciles à reconnaître, grâce à leurs caractères très tranchés et sur lesquels nous n'insisterons pas : origine congénitale, développement lent et continu depuis la naissance, absence de raisons étiologiques, déplacement facile des parties molles sur la tumeur, son adhérence profonde à l'os frontal ; enfin, disons qu'il est rare d'observer de la fluctuation ; le contenu épais de ces kystes leur donnant le plus souvent une consistance molle et pâteuse.

Nous reproduisons, ci-dessous, trois observations de kystes dermoïdes observés récemment à la clinique Ophtalmologique.

OBSERVATION IV

(Th. Chevallier, Bordeaux 1904).

Auguste P..., deux ans, est apporté le 10 novembre 1903 à la consultation de M. le professeur Badal, pour une tumeur siègeant au niveau de la queue du sourcil gauche. Cet enfant est bien constitué et aucun antécédent personnel ni héréditaire ne mérite d'être noté. A sa naissance, les parents ont observé cette tumeur, qui avait alors le volume d'une petite lentille ; elle resta stationnaire jusqu'à l'âge d'un an, époque à laquelle il y eut augmentation progressive jusqu'au volume actuel, qui est celui d'une petite noisette.

La peau correspondante à son volume normal, n'offre aucune trace de cicatrice et n'affecte pas d'adhérences avec la tumeur. Cette dernière est lisse, pas douloureuse et présente une mollesse pâteuse avec espèce de fluctuation. Grâce à ces signes réunis et à la congénitalité on n'a pas hésité un seul instant à porter le diagnostic de kyste dermoïde. L'extirpation pratiquée trois jours plus tard, a confirmé en tout point le diagnostic.

L'examen histologique fait par M. le professeur agrégé Sabrazès, a donné les résultats suivants : la face interne de la paroi du kyste est constitué par un mélange de lamelles cornées et de matière

sébacée agglutinée avec très peu de poils follets. Au-dessous se trouvent trois ou quatre couches de cellules polyédriques et cubiques. Ces dernières reposent sur une membrane basale. Ce revêtement épithélial est très peu onduleux; les papilles sont à peine esquissées. Au-dessous de lui, le derme est formé par d'épais faisceaux conjonctifs, à direction parallèle, emmêlés de rares cellules fusiformes.

Dans ce tissu, on voit des follicules pileux en assez petit nombre, centrés par un poil follet, flanqués latéralement d'une à deux glandes sébacées. Dans les couches inférieures du derme, des tractus élastiques alternent avec les faisceaux fibreux. On trouve çà et là quelques minces traînées de fibres musculaires lisses. Cette paroi du kyste dermoïde est mince, un demi-millimètre à un millimètre. Quant au contenu, il est formé par de la matière sébacée, des lamelles cornées et quelques poils follets sans pigment. Le derme de ce kyste est très peu vascularisé.

OBSERVATION V

(Th. Chevallier, Bordeaux 1901).

G. E..., dix-huit mois, est apporté à la consultation du docteur Puech, à la Maison de santé protestante, le 1er décembre 1903, pour une petite tumeur extrêmement mobile de la partie externe de la paupière de l'œil gauche. Cette tumeur, aux dires des parents, existe depuis la naissance, époque à laquelle elle avait les dimensions d'un grain de maïs. Depuis un an seulement, elle semble augmenter sensiblement de volume. Cette enfant, née à terme, est bien conformée, et ses antécédents n'offrent rien de particulier à signaler.

L'examen permet de constater que la tumeur soulève la peau de la paupière d'une façon très accentuée; elle a le volume d'une cerise, et sa mobilité est extrême; on la sent facilement rouler sous le doigt; il est facile de la réduire dans l'intérieur de l'orbite; sa consistance est dure et on ne sent pas de fluctuation. On songe de

suite à un kyste dermoïde appartenant à la catégorie des kystes de la partie externe de l'orbite, dont les kystes de la queue du sourcil sont une des variétés les plus fréquentes. Bien que la distance qui sépare l'extrémité externe du sourcil de la tumeur soit d'environ deux centimètres et malgré la réductibilité extrêmement facile du kyste à l'intérieur de l'orbite, il n'est pas douteux que le kyste appartienne à la variété des kystes de la queue du sourcil.

L'ablation a été faite par le docteur Aubaret, le 8 décembre, après anesthésie à l'aide de la cocaïne. Le kyste a été facilement mis à nu par une incision parallèle au sourcil ; son énucléation a été des plus simples et il n'existait pas de follicules profondément implanté dans l'orbite. Cette intervention a montré, en outre, que le kyste siégeait sous le septum orbital ; quelques lobules graisseux fluides ont fait irruption à travers la boutonnière créée au niveau du septum.

La situation du kyste est nettement orbitaire. Cette observation est intéressante à ce point de vue qu'elle montre qu'il s'agit là d'une variété de kyste intermédiaire entre les kystes de la queue du sourcil et les kystes intra-orbitaires proprement dits.

L'examen microscopique montre une tumeur arrondie, lisse du volume d'une petite cerise. A travers son enveloppe, mince, transparente, on voit quelques poils bien conformés et irrégulièrement implantés.

Le contenu du kyste est constitué par de la matière sébacée jaunâtre, avec de nombreux poils follets incolores et de très rares poils noirs.

L'examen histologique a montré que la face interne de la paroi de ce kyste est constituée par un mélange de lamelles cornées et de matière sébacée. Au-dessous se trouvent trois ou quatre couches de cellules polyédriques et cubiques, et ces dernières reposent sur une membrane basale. Les papilles de ce revêtement épithélial sont à peine esquissées.

Quant au derme, il est formé par des faisceaux conjonctifs à direction parallèle emmêlés de rares cellules fusiformes. On y remarque des follicules pileux contenant un poil follet, flanqués latéralement d'une à deux glandes sébacées. Des tractus élastiques alternent avec les faisceaux fibreux dans la couche inférieure de ce derme. Çà et là, existent quelques trainées de fibres musculaires lisses. La paroi mesure d'un demi-millimètre à un millimètre.

OBSERVATION VI

(Th. Chevallier, Bordeaux 1901.)

Un jeune homme, de vingt et quelques années, a vu se développer, dans l'espace d'un an environ, une petite tumeur indolente, située transversalement au niveau de la queue du sourcil gauche; elle a acquis le volume d'une amande et présente un léger étranglement en son milieu; la peau est mobile à sa surface; elle paraît adhérer au rebord orbitaire; il s'agit évidemment d'un kyste dermoïde.

L'extirpation de ce kyste, faite suivant le procédé ordinaire, ne présente aucune difficulté et, chose assez rare, il peut être détaché du périoste sans être ouvert. On est surpris, en le pressant entre les doigts, de lui trouver une consistance particulière, comme si l'on pressait un tissu spongieux; l'examen de son contenu donne l'explication de ce phénomène assez anormal: la cavité est remplie presque exclusivement par des poils assez semblables, par leur aspect et leurs dimensions, à ceux du sourcil, bien que plus grêles et moins développés; la plupart adhèrent encore aux follicules pileux; entre eux, se trouve répandue une matière grasse, assez fluide, d'ailleurs peu abondante.

L'examen histologique, fait par le Prof. agrégé Sabrazès, a donné les résultats suivants: La cavité du kyste est revêtue par un épithélium pavimenteux stratifié avec une couche cornée, assez épaisse, desquamante. A la surface de cet épithélium, se trouvent des poils enfoncés dans leurs follicules, ainsi que des produits sébacés, émanant de glandes très nombreuses; les unes superficielles, placées dans la muqueuse, les autres profondément. Cet épithélium est un peu onduleux, papillaire, à ondulations courtes. Au-dessous, on trouve un tissu conjonctif, à faisceaux parallèles, entrecoupés de capillaires sanguins considérables et gorgés de sang. Extérieurement, un tissu conjonctif lâche, très vasculaire, circonscrit le kyste.

c) *Kystes acquis*

a) Les kystes sébacés sont fréquents dans la région sourcilière, car ils se développent aux dépens des glandes sébacées annexées aux poils. Les kystes sébacés ont été longtemps confondus et décrits avec les kystes dermoïdes. Lorsqu'ils se présentent avec des caractères cliniques nets, leur diagnostic est facile. Ils font corps avec la peau et sont mobiles sur les plans profonds. A leur niveau, la peau souvent très amincie laisse transparaître leur coloration blanchâtre ; ils présentent, généralement, un point noir qui indique l'ouverture extérieure du follicule oblitéré. La matière sébacée qui les remplit a, en général, plus de consistance que celles que contiennent les kystes dermoïdes; aussi, à la palpation, ils peuvent donner l'impression de tumeurs solides.

Mais, les caractères que nous venons d'énoncer ne se trouvent pas toujours avec autant de netteté. Certains kystes, très anciens et volumineux, deviennent souvent mobiles et, en apparence, indépendants de la peau qui les recouvre, et la trace de l'orifice glandulaire disparaît quelquefois. En outre, ces kystes sébacés peuvent s'enflammer, et ce processus a souvent pour conséquences de provoquer la formation d'adhérences avec les parties profondes. On comprendra facilement que dans ces cas, le diagnostic devient très délicat. Cependant, il ne faut pas oublier que les kystes sébacés ne sont jamais congénitaux.

b) Dans son article du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, Charcot signale l'existence, dans la région sourcilière, de kystes périostiques. Pour lui, ces formations seraient, ou des gommes avortées, ou des hématomes qui ne se sont pas résorbés. Ces kystes seraient toujours accidentels, et ils arriveraient vite à un volume appréciable. Leur consistance,

l'absence de congénitalité et les commémoratifs seraient les éléments principaux de leur diagnostic. Les auteurs plus récents ne font aucune mention de ces kystes périostiques.

c) Nous n'avons pas trouvé dans la littérature, d'observations de kystes hydatiques de la région sourcilière. Cependant, les auteurs mentionnent leur existence et nous croyons devoir étudier leurs caractères. Ces productions ont en général un développement rapide et ne sont pas précédées par une tumeur de moindre volume ; ils donnent une sensation de fluctuation franche et provoquent parfois quelques douleurs spontanées. En outre, les malades présentent quelques-uns des signes généraux que provoque l'infection hydatique : éruptions cutanées, démangeaisons, dégoût des matières grasses, etc... Si le diagnostic était hésitant, il serait facile de pratiquer une ponction exploratrice avec une aiguille capillaire. La limpidité du liquide, et la présence probable de crochets mettraient sur la voie du diagnostic. Enfin, il ne faudrait pas oublier de faire l'examen cytologique du sang ; nous savons, en effet, que chez les malades porteurs de kystes hydatiques, le taux des leucocytes éosinophiles est considérablement augmenté. Si le kyste hydatique vient à s'enflammer, il se comporte comme un véritable abcès.

D) *Tumeurs solides.*

a) A la suite d'un traumatisme, et l'on sait que la région sourcilière est fréquemment le siège de traumatismes à cause de sa situation, des corps étrangers de petit volume peuvent pénétrer dans les téguments qui ne tardent pas à se cicatriser. Ces corps étrangers s'enkystent souvent ; il se forme autour d'eux une capsule de tissu conjonctif qui peut devenir plus ou moins fibreuse. Le diagnostic de ces formations est en général facile, car, on observe toujours à leur niveau, la cicatrice de la plaie.

b) On observe encore dans la région sourcilière des *fibromes*. Ces tumeurs ont une consistance ferme, présentent quelquefois des petites bosselures et ils adhèrent plus ou moins intimément au périoste par un pédicule. Larger a spécialement étudié ces tumeurs que l'on pourrait facilement confondre avec les corps étrangers enkystés, ou même les kystes dermoïdes. L'auteur pense qu'il s'agit de productions dues à la prolifération du périoste, et consécutives à d'anciens traumatismes.

OBSERVATION VII

Larger. — *Bull. et Mém. Soc. de chirurgie*. Paris, 1889

Tumeur de la queue du sourcil, d'origine traumatique, prise pour une tumeur dermoïde.

M..., âgé de 32 ans, présente au niveau et un peu au-dessous de la queue du sourcil droit, une petite tumeur, du volume et de la forme d'une petite olive. Cette tumeur est de consistance dure, elle adhère profondément au périoste par un pédicule, mais n'adhère pas à la peau, bien mobile sur elle. Sur la peau, au niveau et immédiatement au-dessus de la tumeur, se voit une cicatrice transversale, longue d'environ deux centimètres et demi.

A l'âge de cinq ans, M... fit une chute; la tête porta sur le bord d'un marchepied; il en résulta, au niveau de la queue du sourcil droit, une plaie transversale, qui saigna beaucoup et se cicatrisa sans autre incident.

Il y a six mois, M... fut atteint de fièvre typhoïde; pendant la convalescence de cette maladie, il s'aperçut, pour la première fois, de l'existence d'une petite tumeur, du volume d'une graine de lin, située sous la cicatrice, ainsi que je le constatai moi-même.

Cette tumeur ne tarda pas à augmenter de volume, jusqu'à acquérir

celui d'une petite olive, qu'elle possède aujourd'hui (jour de la présentation).

La malade fut opérée, peu de jours après sa présentation à la Société de chirurgie. La tumeur était située sous le muscle orbiculaire, adhérente à celui-ci, très faiblement unie à la peau, très fortement au contraire, au périoste. Sa consistance était inégalement dure, fibreuse.

L'examen histologique, pratiqué par M. Retterer, chef du laboratoire d'histologie de la Faculté, a montré que la tumeur était exclusivement formée de tissu conjonctif, sans papilles, sans poils, sans matière sébacée. Elle peut être considérée comme étant le résultat d'une prolifération du périoste.

OBSERVATION VIII

Larger. — *Bull. et Mém. Soc. Chir. de Paris.* 1887.

Tumeur de la queue du sourcil.

Louis L..., âgé de 3 ans, était porteur d'une tumeur de la queue du sourcil. Cette tumeur était du volume et de la forme d'un fort noyau d'olive; elle avait toutes les apparences d'une tumeur dermoïde congénitale, comme aspect, comme consistance, comme siège; roulant peu sous le doigt, elle adhérait assez faiblement à l'os; il n'existait pas trace de cicatrice à la peau. Tous ces caractères, étant donné surtout le jeune âge de l'individu, en imposaient pour une tumeur congénitale. Or la cause productive de la tumeur était accidentelle et postérieure à la naissance. Au moment de celle-ci, il n'y avait pas le moindre indice de tumeur à l'orbite.

A l'âge de 3 mois, la mère, en emmaillotant l'enfant, lui cogna la tête contre un fourneau en fonte dit foyer économique: l'angle externe de l'orbite porta sur le coin du rebord tranchant de ce foyer; l'enfant poussa des cris, mais il n'en résulta aucune plaie, pas même de tuméfaction appréciable. Le lendemain, Mme L..., s'aperçut de

l'existence d'une petite tumeur du volume d'une tête d'épingle, indolore, sans gonflement, sans rougeur, ni ecchymose. Cette petite tumeur demeurée quelque temps stationnaire ,se mit à grossir insensiblement au point d'acquérir le volume indiqué plus haut.

La tumeur fut enlevée le 26 décembre 1886. Elle faisait corps avec le muscle orbiculaire, sous lequel elle était en grande partie cachée; elle adhérait profondément au périoste par un pédicule fibreux assez lâche.

L'examen histologique, pratiqué par M. le professeur Mathias Duval donna lieu aux conclusions suivantes :

« La tumeur examinée est un kyste sébacé du volume d'un fort » noyau d'olive; il est formé par une paroi du tissu conjonctif disposé » en lamelles fines et serrées, concentriquement placées à la cavité. » Cette cavité ne contient que des cellules sébacées sans poils. Enfin, la » paroi n'a pas de papilles. Il s'agit donc simplement d'une glande » sébacée, dont le conduit excréteur a été oblitéré. »

Cette opinion s'imposait d'ailleurs, même à l'examen macroscopique et il ne paraît pas douteux que le traumatisme survenu à l'âge de trois mois, ait produit un petit trombus du canal excréteur de l'une des glandes sébacées de la queue du sourcil : d'où, oblitération du conduit et production d'un kyste par rétention.

OBSERVATION IX

Larger. — *Bull. et Mém. Soc. Chir. de Paris*, 1887.

M. X..., âgé de 31 ans. Vient à la consultation de l'hôpital Lariboisière pour une tumeur située à la queue du sourcil. Le docteur Périer diagnostique une tumeur dermoïde, à laquelle il attribue une origine congénitale : la peau était absolument intacte, le malade n'avait gardé le souvenir d'aucun traumatisme récent ou ancien ; la tumeur, fortement adhérente au périoste, avait évolué lentement, insidieusement, et le malade ne s'était aperçu de sa présence que depuis quelques

années à peine. L'opération, pratiquée par le docteur Périer, montra que la tumeur était située sous le muscle orbiculaire et adhérait fortement à l'os, et par conséquent, ne fit que confirmer l'opinion émise.

Mais l'examen histologique, pratiqué par M. le professeur Mathias Duval, révéla que la tumeur était uniquement formée de tissu conjonctif, résultant de la prolifération du périoste.

OBSERVATION X

Larger. — *Bull. et Mém. Soc. Chir. de Paris*, 1887.

Un élève du service de M. Périer portait une tumeur au niveau de la queue du sourcil gauche, qui existait au moment de sa naissance. Le volume de cette tumeur égalait celui d'un gros pois : elle s'est accrue progressivement sans déterminer aucun phénomène particulier. Au moment où elle a été enlevée, c'est-à-dire à l'âge de 14 ans, elle était grosse comme une petite noix, allongée transversalement et offrait une consistance analogue à celle des loupes du cuir chevelu. Elle était parfaitement mobile sur les tissus sous-jacents, n'adhérait pas à la peau, qui avait conservé son aspect normal. Cette tumeur avait été qualifiée, par un professeur agrégé de la Faculté, de kyste sébacé sous-musculaire de la région orbitaire. L'opération fut simple. La surface de section de la tumeur présentait un tissu grisâtre lardacé et il n'y avait pas de matière sébacée à l'intérieur.

c) Les *kystes pierreux et calcaires* ont été décrits par Sichel, père et fils ; ils paraissent n'être que des kystes sébacés dont le contenu paraît avoir subi la transformation calcaire. Cependant, depuis les travaux de Malherbe, on peut se demander si ces formations ne sont pas des épithéliomas calcifiés, que nous étudierons plus loin. En tout cas, leur consistance suffit à les diagnostiquer. Nous en reproduisons ici une observation à titre de document.

OBSERVATION XI

(Sichel père.)

Kyste pierreux du sourcil.

Mlle M..., d'une constitution lymphatique et nerveuse, mais d'ailleurs saine porte depuis son enfance un kyste pierreux ou calcaire de la région sourcilière droite. Cette tumeur indolente qui, en 1843, lorsque la malade, âgée de 17 ans, me fut présentée pour la première fois, avait à peu près la forme et la grandeur d'une fève de haricot, était située transversalement, entre le grand pli de la paupière supérieure et le bord inférieur du tiers externe du sourcil, sous la partie supérieure de la paupière, et se laissait refouler sous le sourcil.

Je proposai l'extraction de la tumeur; mais la gêne causée par celle-ci étant trop peu considérable pour vaincre l'appréhension d'une opération, ma proposition ne fut pas acceptée, et l'on se borna pendant trois ans à l'emploi de différents topiques fondants, dont j'avais prédit l'inefficacité.

En 1846, la tumeur n'avait que très peu augmenté, mais elle était devenue adhérente dans la moitié supérieure de sa face postérieure. La difformité assez choquante, nullement cachée par le sourcil trop peu fourni, contrariait assez la jeune personne et ses parents, pour qu'on vint réclamer l'opération. Celle-ci, pratiquée le 6 juillet 1846, par une incision transversale, fut facile, la malade étant très courageuse. Il n'y eut de difficile que la dissection de l'adhérence très intime de la partie supérieure de la face postérieure du kyste, qui dut être faite avec beaucoup de précaution, de peur de léser le périoste: Après son extirpation, la tumeur avait seize millimètres de longueur, douze de largeur et trois d'épaisseur. Elle n'était enveloppée d'aucune membrane; seulement du tissu cellulaire l'entourait, même dans sa partie adhérente.

Une autre grosseur semblable, mais moins dure et comparable à

un ganglion engorgé ou à un kyste fibreux, se voyait au-devant de l'oreille gauche.

La cicatrice devint linéaire et à peine visible.

Examen chimique et micrographique. Cet examen ne fut fait qu'en mai 1849 par M. Leconte, préparateur au Collège de France, et ses conclusions furent les suivantes : « La tumeur, conservée depuis près de trois ans s'était desséchée, un peu rapetissée et brisée en deux.

Ce kyste était séparé en deux fragments, l'un de la grosseur d'une petite fève, l'autre de celle d'un grain de millet. Sa couleur était jaunâtre, sa densité plus grande que celle de l'eau. Il ne se laissait entamer que difficilement par les instruments tranchants ; sa section présentait, dans un certain point, un aspect corné.

Traité par l'acide azotique étendu d'eau, il produisit une légère effervescence. Après un contact suffisant, la liqueur fut partagée en deux portions, pour servir l'une à la recherche des bases, l'autre à celle des acides.

La première portion, additionnée de chlorydrate d'ammoniaque, neutralisée par l'ammoniaque pure, et enfin traitée par l'oxalate de cette base, fournit un précipité assez abondant, indice de chaux. Le liquide résultant de la filtration fut essayé par le phosphate de soude et l'ammoniaque ; il se forma un précipité indice de magnésie. Les tentatives faites pour déceler d'autres bases donnèrent des résultats négatifs.

« La deuxième portion de la liqueur, traitée par fractions séparées, l'une par le chlorure de baryum, l'autre par l'azotate d'argent, ne laissa rien se précipiter, d'où point d'acide sulfurique ni chlorhydrique.

L'azotate d'argent, les sels de magnésie, l'azotate d'urane, le chlorure de fer ne purent déceler la présence de l'acide phosphorique, dans une troisième fraction, dont on avait préalablement précipité les bases à l'aide de l'acide sulfurique et de l'alcool.

« Le résidu solide, non attaqué par l'acide azotique, bien lavé, offrit au microscope des cellules irrégulières ; calcifié avec de la potasse sèche, il laissa dégager de l'ammoniaque.

En conséquence, le kyste est composé de : carbonate de chaux, carbonate de magnésie, déposés dans les cellules irrégulières d'une substance organique abondante et azotée. »

d) On observe parfois dans la région des lipomes dont le diagnostic peut être des plus délicats. Ces tumeurs ne sont jamais congénitales ; elles n'adhèrent pas au plan profond et il est facile de les saisir entre le pouce et l'index ; en outre, la peau conserve une certaine mobilité. Elles donnent à la pression une sensation de mollesse extrême, et elles sont en général lobulées ; leurs limites sont, le plus souvent assez diffuses, ce qui permet de les reconnaître.

Nous n'avons trouvé dans les auteurs aucune mention d'adénomes sudoripares ou sébacés, ni d'ostéomes. Mais l'on peut trouver des tumeurs à structure complexe ainsi que nous en publions une observation.

OBSERVATION XII *(Inédite)*

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Lanelongue)

Neuro-fibro-lipome de la tête du sourcil.

Le 6 mai 1898, M. X..., âgé de 28 ans, vient consulter le professeur Lanelongue pour une petite tumeur qu'il porte à la partie interne gauche.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires et personnels.

Trois mois avant sa venue à l'hôpital, le malade tomba sur des fragments de verre qui lui occasionnèrent une assez large plaie à la partie interne du sourcil gauche. Progressivement la lèvre interne de cette plaie augmenta de volume et des douleurs très vives se firent ressentir dans la région (Signalons que l'accident fût le point de départ de phénomènes hystériques, hémi-anesthésiques).

Aujourd'hui le malade présente à ce niveau une tuméfaction molasse avec des points très douloureux à la partie inférieure.

La tumeur est extraite par le professeur Lanelongue ; et l'examen histologique pratiqué par le professeur agrégé Sabrazès, montre que cette tumeur est constituée par du tissu conjonctif fasci-

culé parsemé de vaisseaux à paroi fibreuse épaisse, autour desquels sont groupés des vésicules adipeuses.

Sur les bords d'une des coupes, on trouve des fibres musculaires striées dont les amas sont séparés par des travées de tissu conjonctif cellulo-adipeux.

Au centre de chacune d'elles, il existe, isolés ou groupés par deux, six faisceaux nerveux contenant des fibres à myéline plus ou moins altérées ; les unes sont intactes, les autres présentent des altérations très accusées de névrite parenchymateuse et interstitielle. Il est un faisceau dans lequel la plupart des fibres sont dépourvues de myéline : les fibres qui présentent encore de la myéline ont un aspect moniliforme ou un aspect sablé.

Les fibres musculaires striées que l'on trouve dans les préparations paraissent aussi altérées ; les stries ne sont guère apparentes que sur quelques tronçons.

En aucun point des coupes on n'observe des néo-formations de cellules nerveuses.

Dans le tissu conjonctif qui constitue la trame de cette tumeur on ne voit pas de cellules en dégénérescence granulo-graisseuse comme dans le xanthome.

En somme il s'agit d'un neuro-fibro-lipome qui s'est developpé entre les fibres striées de la région du sourcil.

E) *Méningo-encéphalocèles*

La région sourcilière est un des lieux d'élection des *méningocèles* et des *méningo-encéphalocèles*. Il est bien évident que les productions ne seront délicates à diagnostiquer que lorsqu'elles auront un petit volume. On les observe presque toujours au niveau de la tête du sourcil, dans l'angle interne de l'orbite. Cependant, dans le *Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques*, Desprées cite trois cas de méningocèle siègeant à l'angle externe de l'orbite au niveau de la queue du sourcil. Ces

tumeurs sont congénitales et l'on sent à leurs bases le bourrelet osseux qui limitent la perte de substance du squelette. En outre, elles sont réductibles et souvent en les comprimant on voit apparaître quelques phénomènes du côté du cerveau.

On comprendra toute l'importance qu'il y a, au point de vue opératoire à faire le diagnostic exact avec les kystes dermoïdes. Quand la méningocèle présente avec netteté les signes que nous venons de décrire, le diagnostic en est facile. Mais quand le malade grandit, l'orifice osseux qui fait communiquer la tumeur avec l'encéphale peut s'obturer ; la méningocèle est alors transformée en une formation kystique ; elle adhère au squelette comme les kystes dermoïdes, et comme eux, on peut trouver à sa base une cupule osseuse. Si l'on n'a pas de renseignements très exacts sur les caractères primitifs de la tumeur, le diagnostic en est impossible. A ce sujet, Desprées dit que, passé quinze ans, à âge égal, une méningocèle est plus petite qu'un kyste dermoïde, et, avant quinze ans, c'est le contraire ; la méningocèle est plus volumineuse qu'un kyste dermoïde. Mais, on avouera que ce sont des caractères qu'il est bien difficile d'apprécier.

CHAPITRE VI

Tumeurs malignes des plans sous-cutanés.

Quand on parcourt les ouvrages didactiques, on s'aperçoit vite que le chapitre des tumeurs malignes des plans sous-cutanés de la région sourcilière n'existe pas. Nous n'avons trouvé, dans la littérature, que deux observations; l'une de Heurtaux qui est un épithélioma tubulé, l'autre de Chenantais qui est un sarcome globo-cellulaire.

En revanche, la région du sourcil est un des lieux d'élection des épithéliomas calcifiés décrits par Malherbes.

Sur quatorze cas que Braquehaye et Sourdille rapportent dans leur article des « Archives d'Ophtalmologie », cinq siégeaient au niveau du sourcil et cinq dans le sillon orbito-palpébral supérieur. Les malades sont, en général, jeunes ; après une période de latence, ces tumeurs augmentent brusquement de volume à la suite de traumatismes ou d'irritations ; elles sont mobiles sous les plans profonds et sous la peau ; enfin, elles ont une consistance ferme. Leur pronostic n'est pas grave, car on n'observe ni engorgement ganglionnaire, ni généralisation, ni récidive.

Plusieurs théories ont été émises sur leur pathogénie : Malherbe, « le père » de l'épithélioma calcifié, pense que ces épithéliomas ont une origine glandulaire ; les glandes sébacées seraient le plus souvent en cause, mais les glandes sudoripares en pourraient être, parfois aussi, le point de départ. Nous ne

décrirons pas ici leur structure histologique ; disons simplement que ce qui les caractérise c'est la présence de fines granulations calcaires qui farcissent les cellules pavimenteuses néoplasiques ; comme l'a démontré Malherbe, cette infiltration n'est pas une altération régressive, car les granulations apparaissent dans les cellules aussitôt après leur formation.

OBSERVATION XIII

(Chenantais. Th. de Paris, 1881).

Epithéliome calcifié du sourcil.

Cette petite tumeur de la grosseur d'une petite noisette occupait la partie moyenne du sourcil chez un homme de 45 à 50 ans. Elle était sous-cutanée et parfaitement mobile ; le malade faisait remonter son début à une époque très reculée. Le professeur Dianoux pensait à un athérome calcifié. Le 10 mai 1881, il en fit l'ablation et le malade guérit sans accident.

La tumeur examinée par le professeur Malherbe fut reconnue pour un épithéliome calcifié, à masses épithéliales lobulées et diffuses par endroits, au milieu d'une trame de tissu conjonctif adulte.

OBSERVATION XIV

(Chenantais. Th. de Paris, 1881).

Kyste à contenu calcifié du sourcil.

Cette tumeur est un petit kyste du sourcil à contenu calcifié. Elle nous a été remise par le Docteur Heurteaux, qui croyait, comme

nous l'avons cru également jusqu'au jour où nous avons entrepris ces recherches, que c'était un kyste à contenu crétacé comme dit Virchow. Mais lorsque nous avons voulu vérifier la nature du contenu de ce kyste du sourcil, nous nous sommes trouvé en face d'un nouveau cas d'épithéliome calcifié.

La tumeur était située sour la peau du sourcil d'une femme de 44 ans. Vers l'âge de 7 ans, c'est-à-dire trente-sept ans avant l'opération cette femme avait fait une chute suivie bientôt de l'apparition d'une petite tumeur qui était restée stationnaire et indolente. Trois mois avant l'opération, il se développa dans cette tumeur un peu d'inflammation et il survint un petit abcès.

M. Heurteaux enleva la tumeur, qui formait une masse pierreuse contenue dans une enveloppe kystique à laquelle elle adhérait assez lâchement, sauf en quelques points. Bien que le kyste occupât le voisinage de l'os, il était complètement mobile et il n'y avait pas traces d'adhérences avec le squelette.

Le traumatisme initial et la longue durée du développement de la tumeur sont les points les plus intéressants de son histoire clinique.

La tumeur ayant été conservée dans l'alcool et étant en parfait état, malgré son ancienneté, nous avons pu étudier à fond sa structure.

Après macération suffisante dans l'acide picrique, on a pu aisément obtenir des coupes d'ensemble ou des éléments isolés de la tumeur. Les éléments isolés, cellules varient comme diamètre de dix à douze millim. à quinze millim. Elles ont un noyau peu ou pas colorable par le carmin, noyau qui se détache en clair sur le protoplasma cellulaire. L'incrustation calcaire laisse à la cellule après l'action de l'acide picrique un aspect très particulier. On voit dans le protoplasma des granulations ou des hachures très fines, tantôt claires, tantôt obscures, suivant la position de l'objectif. Lorsqu'on examine un groupe de cellules soudées les unes aux autres, on voit tous les noyaux qui se détachent en blanc sur le protoplasma et ces points blancs régulièrement espacés donnent à la préparation un aspect de mosaïque. La trame conjonctive de la tumeur se présente sous forme de tissu fibreux très dense et très pauvre en cellules, tantôt sous forme de tissu osseux qu'on rencon-

tre dans les parties périphériques de la tumeur. La coque fibreuse de la tumeur ne paraît nullement ossifiée; elle se continue sans ligne de démarcation avec le tissu conjonctif sous-cutané. Les parties de la trame qui sont ossifiées forment de belles travées à ossification bien complète au milieu desquelles se sont creusés des espaces médullaires; c'est en un mot de l'os parfait qu'on a sous les yeux. Nous n'avons pas noté dans cette tumeur la présence de cellules géantes probablement parce que cette tumeur était à peu près arrêtée dans son évolution. Il y a quelques capillaires assez volumineux dans le tissu conjonctif de la trame.

OBSERVATION XV.

(Chenantais. Th. de Paris, 1881).

Kyste à contenu calcifié du sourcil.

Il s'agit d'un petit kyste du sourcil enlevé par M. Heurteaux vers 1875. Les détails de l'observation n'ont pas été recueillis. Nous trouvâmes dans ce petit kyste une matière crayeuse et dure, fort difficile à dissocier. Nous y arrivâmes avec patience et nous vîmes avec surprise des cellules ayant la forme de celles du cancroïde (épithéliome), grises, incrustées de chaux et ayant un noyau plus clair que le protoplasma. Ces cellules ne se coloraient aucunement par le carmin. Nous fûmes très intrigué par l'aspect de ces cellules, alors nouveau pour nous. Quelques préparations conservées à cette époque furent malheureusement perdues; mais l'aspect de ces cellules calcifiées nous avait vivement frappé et reste très net dans notre souvenir. Aujourd'hui nous sommes certain que ces cellules étaient celles d'un épithéliome calcifié et nous avons reconnu immédiatement comme identiques les cellules de la tumeur qui fait l'objet de l'observation II, de notre thèse tumeur dont l'étude nous à mis sur la voie de la structure de l'épithéliome calcifié. Le kyste à contenu calcifié dont nous venons de donner

une histoire malheureusement si incomplète provenait d'une femme adulte ou âgée; il était gros comme une lentille.

OBSERVATION XVI

(Pilliet. — Soc. Anatomique, Paris, 1890.)

Epithéliome calcifié du sourcil.

Cette tumeur siégeait à la queue du sourcil d'une jeune femme; elle fut extraite par le docteur Festal. Elle avait l'aspect d'un petit fibrome, situé sous la peau; recouvert d'une enveloppe nacrée de tissu fibreux, et contenait des masses calcaires dans son intérieur. Sur les coupes, on voit le tissu fibreux de l'enveloppe émettre des cloisons larges, calcifiées, qui partagent la masse épithéliale en grandes alvéoles. Dans ces cloisons, autour des capillaires, on observe des ostéoplates, tantôt groupés irrégulièrement, comme dans la substance ostéoïde, tantôt répartis dans des lamelles osseuses qui font, autour des capillaires, un véritable système de Havers. L'épithélium, rempli de grains calcaires, qui respectent les noyaux, est formé de petites cellules serrées, très peu calcifiées, sous la coque, et de grands éléments polygonaux dans tout le reste de la tumeur.

Nous reproduisons maintenant l'observation si intéressante du Dr Ch. Lafon, qui nous a donné l'idée de consacrer notre thèse à l'étude des tumeurs du sourcil. Ainsi qu'on le verra, il s'agissait histologiquement d'un épithélioma malpighien en voie de nécrose et qu'envahissait le tissu conjonctif. En dehors de toute localisation, cette évolution des épithéliomas pavimenteux est très rare, et ces altérations régressives peuvent être considérées comme un mode de guérison spontanée. Avec le docteur Lafon, nous n'osons pas dire que la tumeur était

bénigne — ce serait un non-sens, — mais on peut affirmer que c'est là une des formes les moins malignes de l'épithélioma.

On peut se demander maintenant ce que serait devenue cette tumeur : probablement toutes traces de cellules épithéliales auraient fini par disparaître et il ne serait resté qu'un noyau de tissus fibreux.

Nous ne pouvons nous empêcher de comparer cette tumeur avec les fibromes décrits par Larger et que nous avons rapportés au chapitre précédent.

Enfin une autre comparaison s'impose avec les épithéliomas calcifiés de Malherbe ; si nous mettons à part la consistance très dure de ces derniers, leur tableau clinique est le même que celui de notre tumeur.

OBSERVATION XVII

(Ch. Lafon. — *Recueil d'Ophtalmologie*, 1906.)

Hélène M..., âgée de 28 ans, couturière, se présente à la clinique ophtalmologique de l'hôpital Saint-André, le 13 janvier 1906, pour une petite tumeur du sourcil droit.

La malade, qui n'a pas d'antécédents héréditaires à mentionner, s'est bien portée dans sa jeunesse. En janvier 1899, elle vint à la clinique pour une petite tumeur siégeant dans la région de la glande lacrymale droite; on porta le diagnostic de kyste sébacé et on l'extirpa; la guérison fut rapide. Quelque temps après, la malade alla habiter Cuba, où elle contracta les fièvres paludéennes. Depuis juillet 1905, elle s'est fixée à Madrid; c'est au cours d'un voyage à Bordeaux qu'elle vient à la clinique d'ophtalmologie.

Au mois de novembre 1905, elle aperçut, à l'union des tiers externe et moyen de son sourcil droit, un petit bouton rouge qu'elle écorcha; il saigna abondamment, puis tout parut terminé. Mais, quelques jours après, il survint un gonflement considérable de la région sourcilière,

qui gagna bientôt la paupière supérieure et la partie correspondante du front. La malade, qui ressentait des douleurs vives et lancinantes, se présenta à la consultation de l'hôpital français, où M. le docteur A. Vergely lui conseilla des compresses chaudes et humides. Ce traitement calma l'inflammation, mais il resta une petite tumeur, grosse comme un pois ; pour la faire disparaître, la malade pressait fortement avec ses doigts ; ces manœuvres déterminaient de vives douleurs et provoquèrent à deux reprises des ecchymoses palpébrales.

Quand nous examinons la malade, nous constatons qu'il existe, dans la portion externe du sourcil droit, une tumeur, grosse comme une noisette ; la peau qui la recouvre paraît normale ; cependant, au milieu des poils, on remarque une légère cicatrice. Cette tumeur est molle, non fluctuante et sa pression est un peu douloureuse ; elle est mobile sur les plans profonds et ne paraît adhérer que faiblement à la peau, qui se plisse facilement. Au-dessous de la tumeur, on voit la cicatrice laissée par l'extirpation du kyste sébacé, en 1899. Le ganglion préauriculaire n'est pas perceptible.

Le diagnostic clinique de kyste sébacé paraît s'imposer ; nous notons la mobilité sur les plans profonds, qui permet d'éliminer les kystes dermoïdes et les productions d'origine osseuse ou périostique ; la mollesse, qui suffit pour éloigner l'idée de fibrome ou d'épithélioma calcifié ; l'absence de traumatisme antérieur, est contraire à l'hypothèse d'un corps étranger enkysté ; notre tumeur n'a enfin ni la lobulation, ni la diffusion des lipomes. Il est vrai que les kystes sébacés sont, en général, plus adhérents à la peau ; mais cette laxité peut s'expliquer par les manœuvres intempestives de la malade. La marche rapide, après une période de latence, pendant laquelle la tumeur, très petite, a dû passer inaperçue, et l'extirpation, sept ans auparavant, d'un autre kyste sébacé, dans la même région, plaide en faveur de notre diagnostic, et nous proposons à la malade l'extirpation, qui est acceptée.

Après anesthésie locale à la cocaïne, nous faisons une incision longitudinale dans le sourcil ; la peau, qui n'adhère à la tumeur que par des tractus fibreux, est facilement disséquée et nous énucléons cette dernière avec la sonde cannelée. La plaie est suturée et la cicatrisation fut rapide.

Après durcissement, la tumeur a les dimensions d'une petite noi-

sette; sa forme est ovoïde, mais sa surface périphérique est très irrégulière. Sur une section transversale, on constate un aspect truffé, qui se confond insensiblement avec le tissu environnant.

L'examen histologique a été fait au Laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, par M. Chatenay. Sur des coupes colorées à l'hématéine-éosine, on se rend compte de l'aspect truffé constaté macroscopiquement. En effet, à un faible grossissement, on constate l'existence : a) d'amas de formes irrégulières, mais presque toujours à contours arrondis, faiblement colorés en rose par l'éosine; b) de masses fortement colorées en violet par l'hématéine, se continuant insensiblement avec les premières ou séparées d'elles nettement; c) de tissu conjonctif très embryonnaire, qui enveloppe nettement ou, au contraire, pénètre ces deux types de masses.

A un fort grossissement, les premiers amas examinés présentent une constitution vaguement aréolaire dans son ensemble. Leur partie centrale est, dans la majorité des cas, plus fortement colorée en rose que la périphérie; elle semble formée de cellules ayant subi la dégénérescence colloïde; il est impossible d'y distinguer aucune structure. Dans la zone moyenne, au contraire, on retrouve des corps cellulaires, mais mal délimités parce que se colorant mal; ils présentent des filaments d'union peu visibles et de gros noyaux mal colorés. La partie périphérique des amas présente les mêmes caractères; mais le protoplasma des cellules se colore d'une façon plus vive. On a l'impression de se trouver en présence d'un tissu analogue à celui du corps muqueux de Malpighi; corps muqueux qui serait nécrosé. Ces amas sont souvent délimités d'une façon nette par du tissu conjonctif, formé de cellules aplaties et disposées en couches concentriques; à certains endroits, au contraire, cette délimitation se voit mal, car le tissu conjonctif pénètre dans les amas; enfin, en d'autres points, ils se continuent, d'une façon insensible avec les masses du second type.

Ces masses sont littéralement bourrées de noyaux arrondis, volumineux, très fortement colorés par l'hématéine; les limites intercellulaires se voient mal; le protoplasma est granuleux, vacuolaire. Ces cellules ont, par place, subi une dégénérescence vacuolaire si marquée, qu'elles semblent être devenues étoilées; on dirait qu'elles s'anastomosent les unes avec les autres par des prolongements lamelleux, et qu'elles ont

subi la dégénérescence rameuse. Elles apparaissent sous cet aspect, surtout aux endroits où elles se continuent avec les parties nécrosées et dans ceux où elles se mélangent insensiblement avec le tissu conjonctif. Dans les autres points, elles ont l'aspect de masses épithéliales, telles qu'elles se présentent dans un épithélioma lobulé; on rencontre même quelques rares globes épidermiques ou colloïdes.

Le tissu conjonctif ne forme pas de capsule appréciable autour de la tumeur; elle est pauvre en fibres adultes et, par la coloration de Van Gieson, on n'en distingue qu'un petit nombre, et encore à la périphérie de la tumeur. On trouve une grande quantité de cellules migratrices, des leucocytes mononucléés; on remarque aussi, surtout autour des masses épithéliales, de nombreux globules rouges, qui semblent provenir d'une infiltration sanguine interstitielle. Les vaisseaux sanguins sont rares et de petit volume. Au pourtour des masses épithéliales, ce tissu présente des caractères spéciaux; on note l'absence presque complète de faisceaux conjonctifs: des amas de leucocytes dans les points où il pénètre le tissu épithélial: des cellules aplaties en couches concentriques dans ceux où il est nettement limité, comme s'il avait été repoussé par la prolifération épithéliale. On trouve de nombreuses cellules géantes, qui entourent étroitement les masses épithéliales dégénérées, ou même celles qui sont à moitié vivantes; on n'en trouve pas autour des masses vivaces.

En résumé, il s'agit d'un épithélioma pavimenteux lobulé, qui a évolué par places jusqu'à la formation de globes colloïdes ou cornés; mais, dans la plupart des endroits, il a été frappé de mort dans sa marche envahissante (tissu conjonctif refoulé en lames concentriques autour des masses épithéliales nécrosées); dans beaucoup de points, après avoir été frappé de nécrose, il a été envahi par le tissu conjonctif; mais quelquefois ce tissu conjonctif n'a même pas attendu la nécrose complète pour commencer son œuvre de destruction (cellules géantes autour des masses épidermiques ou dégénérescence rameuse).

Quelle était l'origine de cet épithélioma ? Nous ne pouvons mieux faire que de rapporter textuellement les paroles du docteur Ch. Lafon : « Les caractères histologiques de notre

tumeur et sa situation suffisent pour affirmer son origine ectodermique ; mais nous ne pouvons aller au-delà et nous sommes réduits à émettre des hypothèses pour expliquer sa pathogénie. Faut-il voir son point de départ dans une glande sébacée? Nous ne le pensons pas, car les lobules néoplasiques, qui ne sont pas encore atteints de dégénérescence, ont conservé tous les caractères du corps muqueux de Malpighi. Devons-nous admettre une origine congénitale? Au lieu de former un kyste dermoïde, l'invagination ectodermique aurait alors donné naissance à un épithélioma. S'agit-il, au contraire, d'une inclusion épidermique accidentelle ? Nous savons qu'en 1899 on extirpa dans la même région une petite tumeur, un kyste sébacé probablement ; un petit lambeau épidermique fut peut-être inclus dans la cicatrice et se développa très lentement, jusqu'au jour où la malade le découvrit et le traumatisa. C'est à cette dernière conjecture que nous donnons la préférence, à cause des caractères typiques des cellules néoplasiques. Mais, nous ne saurions trop le répéter, ce ne sont que des hypothèses ».

CONCLUSIONS

A la fin de notre travail, nous résumerons les conséquences qui en découlent et qui sont des considérations générales, plutôt que des conclusions véritables.

Si le médecin se contente des notions éparses dans les ouvrages didactiques, il en emportera l'impression que les seules tumeurs de la région sourcilière sont les kystes dermoïdes et sébacés, et les méningocèles.

A la vérité, les deux premières productions sont très fréquentes; les dernières sont des tératomes rares, que l'on étudie surtout à cause de leur pathogénie.

Cependant, on trouve dans cette région à peu près toutes les formes de tumeurs qui se développent aux dépens de l'ectoderme et des tissus dérivant du feuillet moyen.

Mais, leur diagnostic exact échappe le plus souvent, car on ne pense pas à leur existence. L'examen histologique, seul, redresse le plus souvent les erreurs du diagnostic clinique.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BADAL. — *Journal de Médecine* de Bordeaux, 1903.

BRAQUEHAYE et SOURDILLE. — *Archives d'ophtalmologie*, 1895.

CHARVOT. — *Dict. encycl. des sc. méd.*, LXXXIX, 1881.

CHENANTAIS. — *Bull. soc. anat.* de Nantes, 1878-79.

CHENANTAIS. — Th. de Paris, 1881.

CHEVALLIER. — Th. de Bordeaux, 1903-1904.

DELENS. — In Duplay et Reclus. *Traité de chir.* IV, 1898.

DESPRÉES. — *Dict. de Méd. et Chir. prat*, XXXIII, 1882.

GÉRARD-MARCHAND. — In Duplay et Reclus, *Traité de chir.* III, 1897 et IV, 1898.

HEURTAUX. — *Bull. soc. anat.* de Nantes, 1878-79.

LAFON. — *Recueil d'ophtalmologie*, 1906.

LARGER. — *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.* de Paris, 1882, 1886, 1887, 1888, 1889.

MALHERBE, — Recherches sur l'épithélioma calcifié des glandes sébacées. Paris, 1882.

MARJOLIN. — *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris. 1862-63.

MOURE. — Manuel pratique des fosses nasales, 1893.

PANAS. — *Traité de maladie des yeux*, t. II, 1894.

PILLIET. — *Soc. Anat.* de Paris, 1890.

QUENU. In Duplay et Reclus, *Traité de Chir.*, t. I, 1897.

Rocher et Lafon. — *Soc. d'Anat.* de Bordeaux, 1906.

Rocher et Rabère. — *Bull. Soc. Anat. et Physiol.* de Bordeaux, 1904

Sichel père et fils. — *Ann. d'Ocul.*, t. LVII, 1867.

Trélat. — *Gaz. heb.*, 1874.